

## ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა საქართველოში:

მოკლე აღწერა

ნინო მახაშვილი

### შესავალი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო საქართველოში ჯერ კიდევ საბჭოთა მემკვიდრეობის ტვირთის ქვეშ იმყოფება. 2006 წლის შემდგომ სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიშები ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში არსებული პრაქტიკების შესახებ (2007; 2008; 2010)<sup>1</sup> და CPT ანგარიშები (2007; 2010) ადასტურებს, რომ სერიოზული უფლებრივი დარღვევები სისტემის დამახასიათებელი ნიშანია. წლების მანძილზე ადამიანის უფლებების, უფლება ჯანმრთელობაზე ან პაციენტის უფლებების ცნებები უცხო და უცნობი იყო როგორც სერვისის მომხმარებელთათვის (ე.წ. იუზერებისთვის), ასევე სერვისის მიმწოდებელთათვის, მათ შორის როგორც მენეჯერების, ასევე ფსიქიატრთა და სხვა პერსონალისთვის.

სიტუაციის ცვლილება რამდენიმე წლის წინ დაიწყო, თუმცა მცდელობანი ფრაგმენტული და არაკოორდინირებული იყო. გარკვეულ მიღწევებს შორის აღსანიშნავია:

- ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონის მიღება (2007 წ.); კანონმა სფეროში შემოიტანა ისეთი ცნებები და პრაქტიკები, როგორცაა ინფორმირებული თანხმობა; სასამართლოს გადანაცვლები არანებაყოფლობითი მკურნალობის შესახებ, და სხვ.;
- ფოთის მკაცრი რეჟიმის იძულებითი მკურნალობის საავადმყოფოს დახურვა (მძიმე დარღვევების გამო);
- სახელმწიფო პროგრამის “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” მზარდი დაფინანსება (იხ. დანართი 1);
- საავადმყოფოების დაფინანსების მოდელის ცვლილება გლობალური ბიუჯეტის შემოღების გზით (2008);
- ბავშვთა ქცევით-ემოციური აშლილობების სამკურნალო დღის ცენტრის გახსნა იაშვილის სახ. საავადმყოფოში (2009);
- ზოგიერთი საავადმყოფოს რეკონსტრუქცია/რემონტი და პირობების შედარებით გაუმჯობესება;
- დარგის სპეციალისტთა სხვადასხვა ტრენინგები როგორც უფლებრივ და სამართლებრივ საკითხებში, ასევე პროფესიულ თემებზე.

თანადათან საავადმყოფოებმა შეიმუშავეს შინაგანაწესები; შეიმუშავდა და დაინერგა აგზნებული პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის მკაფიო წესები; ზოგ კლინიკაში დაიდგა საჩივრების ყუთი, და ა.შ.

მიუხედავად ამ ცვლილებებისა, სიტუაცია მაინც მძიმე და არასახარბიელო რჩება. 2010 წლის ანგარიშმა<sup>2</sup>, რომელიც საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის და პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ იქნა შემუშავებული, არსებითი იმპულსი მისცა ახალ რეფორმას, რომლის შესახებაც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ (სშსდს) 2010 წლის ოქტომბერში გამოაცხადა (იხ.

<sup>1</sup> <http://www.ombudsman.ge/index.php?page=22&lang=0>

დანართი 2).

სამინისტრომ აღიარა, რომ “პირობები, რომელშიც მკურნალობენ და ცხოვრობენ ფსიქიატრიული დაწესებულებების პაციენტები, მოითხოვს გადაუდებელ ჩარევას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მათი ღირსების, უფლებებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფერისი სამკურნალო გარემო და მკურნალობა”.

სამინისტრომ გამოაქვეყნა განცხადება, რომელშიც ჩამოაყალიბა რეფორმის ხედვა და პრიორიტეტები და რეფორმის პილოტური განხორციელება 2011 წლიდან ქ. თბილისში დაიწყო.

## ზოგადი მონაცემები

2010 წლის მონაცემებით, ქვეყანაში ფსიქიკური აშლილობის მქონე 79.216 რეგისტრირებული ადამიანია (ფტ პრევალენტურობის ინდიკატორი 1.779); მათ შორის ბავშვი და მოზარდი – 1.628 (პრევალენტურობა – 217.5). ახალი რეგისტრირებული შემთხვევების რიცხვი 2.339 ადამიანია (ინციდენსის ინდექსი – 52.5-ს აღწევს 100.000 სულ მოსახლეობაზე), მათ შორის 298 ბავშვია (ინციდენსი – 39.8). ყველაზე გავრცელებული აშლილობებია: შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობები (30.95%); თუმცა ასევე მაღალია გონებრივი ჩამორჩენილობის ინდექსი (30.48%).

ამ ადამიანებს, სერვისის მიწოდების თვალსაზრისით, კვლავ 6 საავადმყოფო და დისპანსერული დახმარების ქსელი (20 ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი) ემსახურება. ფსიქიატრიული მომსახურებას ანაზღაურებს ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც მოიცავს ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას. 2010 წელს ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტმა შეადგინა 9 941 144 ლარი, ხოლო 2011 წელს – 10 770 000 ლარი.

საქართველოში ფსიქიატრიული საწოდების ინდექსი საკმაოდ დაბალია და აღწევს 30.27 საწოდს 100,000 მოსახლეზე<sup>3</sup>. ეს მაჩვენებელი, რომელიც არ მოიცავს ე.წ. სოციალური სახლების საწოდებას რაოდენობას, არ არის დაბალანსირებული თემზე-დაფუძნებული სერვისების ჯაჭვით, რაც ეფექტური სერვისით უზრუნველყოფდა იუზერებს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფტ) სფეროში სამედიცინო საქმიანობას ეწევა 242 ექიმი-ფსიქიატრი (სერთიფიცირებულია 308 ფსიქიატრი, მათ შორის 15 არის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრი და 27 - სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტი) და 43 ფსიქოლოგი. ექიმ-ფსიქიატრებით მოცვის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე შეადგენს 5.4-ს, რაც თითქმის ორჯერ ნაკლებია ევროპის საშუალო მაჩვენებელზე. ქვემოთ მოცემულ ცხრილში ნაჩვენებია პროფესიული კადრის რაოდენობის დეფიციტი, ევროპის გაშუალებულ მაჩვენებლებთან შედარებით.

ცხრილი 1.

პროფესიული (საკადრო) რესურსები: არსებული მდგომარეობა და საჭიროებები <sup>4</sup>				
პროფესიული კადრები	არსებული რაოდენობა	100,000 მოსახლეზე	საჭირო რაოდენობა	100,000 მოსახლეზე
ექიმი ფსიქიატრი	242	5.4	501	11.4

<sup>2</sup> <http://www.ombudsman.ge/files/downloads/ge/foivyfxbjcbucaqyfpmg.pdf>

<sup>3</sup> WHO, European health for all database - HFA-DB

<sup>4</sup> საჭიროება გათვლილია ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებლების მიხედვით WHO/EUROPE (2005). “Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions” EUR/04/5047810/6

ფსიქოლოგი	43	1.0	976	22.2
მედლა ფტ სფეროში	302	6.9	1,991	45.3

ეს ცხრილი არ ასახავს ისეთ, შედარებით ახალ, პროფესიებს, რაც აუცილებელია ეფექტური ჩარევების განხორციელებისთვის, მაგ.; ფსიქოთერაპევტებს, სოციალურ მუშაკებს ან ოკუპაციურ თერაპევტებს, ასევე მედლის/ექთნის თანამშენებებს. კვალიფიციური ადამიანური რესურსების გარეშე შეუძლებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე სისტემის შექმნა.

### ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმის ძირითადი მიმართულებები

სამინისტროს მიერ პრესისთვის და პროფესიული თემისთვის გავრცელებული განცხადების თანახმად, საქართველოში დაგეგმილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ძირეული რეფორმის ჩატარება, რომლის ძირითადი მიმართულებები იქნება:

- პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება და ოჯახის ექიმებისა და ექთნების როლის გაზრდა მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში;
- მწვავე და გადაუდებელი მკურნალობის უზრუნველყოფა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში;
- გრძელვადიანი და სარეაბილიტაციო სერვისებისათვის თავშესაფრების მშენებლობა და აღჭურვა;
- თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება, რათა ჰოსპიტალიზაციამდე და ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ყველა პაციენტს ჰქონდეს ამბულატორიულ მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა;
- სამართლიანი და პაციენტზე ორიენტირებული დაფინანსების უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო კადრების – ექთნების, ექიმების, ასევე სხვა დამხმარე სპეციალისტების პროფესიული განვითარების მხარდაჭერა;
- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეროვნული გაიდლაინების შემუშავება და დანერგვა;
- მომხმარებელთა ორგანიზაციებისა და პაციენტების ოჯახების ჩართულობის უზრუნველყოფა მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ყველა ეტაპზე.

რეფორმის ხელშესაწყობად 2010 წლის დეკემბერში, მინისტრის ბრძანებით, შეიქმნა “სამუშაო ჯგუფი, რომელიც განიხილავს:

- ინფრასტრუქტურის განვითარებას;
- ადამიანური რესურსების მართვას;
- ფსიქიატრიული მომსახურების ინტეგრაციას (ფსიქიატრიული პაციენტების მართვა) პირველადი ჯანდაცვის დონეზე;
- გაიდლაინებისა და პროტოკოლების საშუალებით ხარისხზე ორიენტირებულობას;
- მომსახურების მიწოდებას გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვით;
- ადამიანური რესურსების გადამზადების მობილიზებას;
- ბიუჯეტირებას შემუშავებული გეგმის დასაფინანსებლად (გაიდლაინებსა და პროტოკოლებზე დაყრდნობით ეპიზოდის ღირებულების განფასება);
- კრიზისული ინტერვენციის ცენტრის შექმნას პილოტურად ქ.თბილისში და დანერგვას საქართველოს მასშტაბით.

მიუხედავად ბევრ საკითხში შეუთანხმებლობის და ცხარე დისკუსიებისა, სამუშაო ჯგუფის მიერ შემუშავებულ იქნა არა ერთი რეკომენდაცია; ამგვარი ჯგუფის მუშაობა, ზოგადად, არის ერთ-ერთი ინსტრუმენტი

რეფორმის მიმდინარეობის გამჭვირვალობის და მნიშვნელოვანი “სტეიკჰოლდერების” ჩართულობის უზრუნველსაყოფად; ამრიგად, საჭიროა ამ მექანიზმის გადახედვა და მისი უფრო ეფექტურად ამუშავების ხელშეწყობა.

ფჯ რეფორმის გამოცხადებიდან ერთი წლის თავზე, 2011 წლის ნოემბერში, სამინისტროს (სშჯსდს) მიერ ჩამოყალიბებულ იქნა ჯანდაცვის 2011-2015 წლების სტრატეგია "ხელმისაწვდომი ხარისხიანი ჯანდაცვა"<sup>5</sup>.

სტრატეგია აცხადებს, რომ “ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა ერთ-ერთი აუცილებელი წინაპირობაა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად და ქვეყნის ჯანდაცვის წინაშე მდგარი ამოცანების გადასაჭრელად”, აყალიბებს 2011-2015 წლების განმავლობაში ჯანდაცვის სფეროში მთავრობის სტრატეგიულ მიზნებს და განსაზღვრავს ამ მიზნების მისაღწევად აუცილებელ პარამეტრებს.

წარმოდგენილი სტრატეგიით, მთავრობა მიზნად ისახავს 2015 წლისთვის მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას ავადობის ტვირთის და სიკვდილიანობის შემცირების გზით.

სშჯსდს-ს ეს დოკუმენტი აყენებს რამდენიმე სტრატეგიულ ამოცანას, მათ შორის არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა (4.6).

სტრატეგიაში ვკითხულობთ, რომ “სშჯსდს-ს ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა ფსიქიატრიულ მომსახურებაზე საქართველოს მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობისათვის სახელმწიფო მიზნად ისახავს, ჩამოაყალიბოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა, რომელიც გულისხმობს ფსიქიკური ჯანდაცვის საკითხისადმი ტრადიციულად არსებული პრაქტიკისაგან ძირეულად განსხვავებულ ინსტიტუციურ მიდგომას და ეფუძნება ბალანსირებული, ინტეგრირებული და თანმიმდევრული მოვლის პრინციპებს. ეს ითვალისწინებს სწორი ბალანსის დადგენას მკურნალობის ტიპებს შორის, მომსახურების უწყვეტობას და სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობას (ხაზგასმა ჩვენია, ნმ). ამ მიზნების მისაღწევად, სახელმწიფო ხელს შეუწყობს და აქტიურად ჩაერთვება შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაში, რაც გულისხმობს ინფრასტრუქტურის განახლებას, ახალი ტიპის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრების ამოქმედებასა და სამედიცინო კადრების გადამზადებას. უაღრესად მნიშვნელოვანია, ამაღლდეს პროფესიული რესურსების კვალიფიკაცია და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ქვეყანას ჰყავდეს თანამედროვე მიდგომების ცოდნითა და მათი გამოყენების უნარით აღჭურვილი პროფესიონალები. სახელმწიფო, აგრეთვე უზრუნველყოფს სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ახალი ფორმების დანერგვასა და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებას ფსიქიკური პრობლემების გამო აღამიანების მიმართ დისკრიმინაციის შემცირების მიზნით”.

ფაქტიურად, სახელმწიფო აცხადებს ბალანსირებული ზრუნვის მოდელის (თორნიკროფტი&ტანსელა, 2004<sup>6</sup>) პრიორიტეტულობას, რაც ნიშნავს თემზე-დაფუძნებული სამსახურების განვითარების ხელშეწყობას და ჰოსპიტალური სექტორის თანადათან ჩანაცვლებას ეფექტური ბალანსის დამყარებამდე.

ფაქტიურად, ამ განაცხადით ფჯ რეფორმის მიმართულება მოხაზულია, თუმცა აუცილებელია სამოქმედო ნაბიჯების პრიორიტეტიზაცია და დაგეგმვა.

**ამრიგად, სამოქმედო გეგმის ჩამოყალიბება, რომელიც ფჯ სერვისების კომპონენტებს ერთიან სისტემაში გაამთლიანებს, ამ ეტაპზე უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა. სამოქმედო გეგმამ უნდა გააცხადოს რეფორმის მიზნები და პრიორიტეტები, როლები და პასუხისმგებლობები (როგორც სერვისების, ასევე პერსონალის), და სახელმწიფოს და**

<sup>5</sup> [http://www.moh.gov.ge/index.php?lang\\_id=GEO&sec\\_id=185](http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=185)

<sup>6</sup> Thornicroft, G., and Tansela, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. in *The British Journal of Psychiatry* (2004) 185: 283-290 doi:

**პროფესიულ საზოგადოებას მოსალოდნელი ცვლილებების რეალური, დროითი და გეოგრაფიული სურათი მისცეს.**

## **რეფორმის დასაწყისი ქ. თბილისში**

### მოსამზადებელი ნაბიჯები

პირველ ეტაპზე ქ.თბილისში ძირეული რეფორმის განსახორციელებლად დაგეგმილ იქნა რიგი ღონისძიებების გატარება. რეფორმის შედეგად შექმნილი ახალი სამსახურების ამოქმედება დაიგეგმა 2011 წლის ზაფხულში.

ამ პერიოდამდე მაღალი ტემპით ჩატარდა ახალი ინფრასტრუქტურის შექმნა/რემონტის და აღჭურვის სამუშაოები. საზაფხულოდ მომზადდა ინფრასტრუქტურა სხვადასხვა სერვისების ასამუშავებლად;

ამავე პერიოდში შემუშავდა დაფინანსების ახალი სისტემა, რომელიც, ფაქტიურად, ასახავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის სტაციონარული მომსახურების დიფერენციაციას ორი ტიპის სერვისად: (ა) მოკლევადიანი სტაციონარული მომსახურება, რომელიც გულისხმობს მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობების კუპირებას; (ბ) გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება, რომელიც გულისხმობს, საჭიროების შემთხვევაში, მოკლევადიანი სტაციონარული დახმარების შემდგომი მკურნალობის გაგრძელებას ან იმ პაციენტთა მკურნალობას, რომელთა სტაციონარგარეშე დახმარება ვერ ხერხდება ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების უხეში დარღვევების გამო.

სამინისტრომ დაადგინა, რომ პირველი ტიპის, ე.წ. “მწვავე” მდგომარეობის სტაციონარული მომსახურება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, არა უმეტეს ერთი შემთხვევის ღირებულებისა, რომელიც განსაზღვრულია 840 ლარით, ხოლო გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურდება თვიური ვაუჩერით, რომლის ღირებულებაც განსაზღვრულ იქნა 450 ლარით.

**ტრადიციული ფსიქიატრიისთვის ახალი იყო როგორც მულტიპროფილურ კლინიკებში მწვავე სამკურნალო განყოფილებების შექმნა, ასევე ამ განყოფილებების შერეული ხასიათი (ქალთა და მამაკაცთა განყოფილების გაერთიანება) და დაფინანსების მოდელი.**

### მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის დახურვა

სს „მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი“ საქართველოს სახალხო დამცველის და CPT-ის ანგარიშებში სერიოზული კრიტიკის საგანი იყო წლების მანძილზე. მიუხედავად ამისა, ფსიქიატრთა გარკვეულ ნაწილში ამ ინსტიტუტის დახურვამ (2011 წლის ივნისი) პროტესტი და აღშფოთება გამოიწვია მისი ისტორიული მნიშვნელოვნების, ცენტრალური ადგილმდებარეობის დაკარგვის და სხვა ფაქტორების გამო.

„მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტში“ განთავსებული იყო 225 საწოლი; დაფინანსება ხორციელდებოდა გლობალური ბიუჯეტის მეთოდით და შეადგენდა 135 517 ლარს თვეში (ერთი საწოლ/ღლის ღირებულება საშუალოდ შეადგენს 20,07 ლარს).

## **ახალი სამსახურები**

დენისტიტუციონირებული “საწოლების გადანაწილება” ახალ სერვისებში შემდგენიარად მოხდა:

1. მოკლევადიანი, ე.წ. „მწვავე“ მდგომარეობისათვის განკუთვნილი საწოლები

ა. სტაციონარულ მომსახურება მულტიპროფილურ დანესებულებებში (შეიქმნა 4 ახალი განყოფილება):

- შპს „რეფერალური ჰოსპიტალი“ - მოზრდილთათვის 30 საწოლი;
- შპს „N5 კლინიკური საავადმყოფო“
  - მოზრდილთათვის 30 საწოლი;
  - ბავშვებისათვის (15 წლამდე ასაკის) 10 საწოლი;
- სს „აკად. ო. ლუღუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრი“ - მოზრდილთათვის 30 საწოლი.

ბ. სს „მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი“ (გადატანილი ქავთარაძის ქუჩაზე) – 40 საწოლი.

**სულ, „მოკლევადიანი/მწვავე“ საწოლების რაოდენობა: 160 – მოზრდილებისთვის და 10 – ბავშვებისთვის (15 წლამდე ასაკის).**

2. გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურებისთვის განკუთვნილი საწოლები

- სს „მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი“ (გადატანილი ქავთარაძის ქუჩაზე) – 40 საწოლი
- ქ. რუსთავის ახლად შექმნილი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი – 22 საწოლი;
- შპს „ქალაქ თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“ – გლდანის საავადმყოფოში არსებულ საწოლებს დაემატა ახალი და ამჟერად დაახლოებით 200 საწოლი ემსახურება როგორც გრძელვადიან, ასევე მწვავე შემთხვევებს.

სულ გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურებისთვის შეიქმნა 112 საწოლი მოზრდილებისთვის.

**მთლიანობაში, სახეზე გვაქვს:**

- 4 “მწვავე” (3 მოზრდილთა და 1 ბავშვთა<sup>7</sup>) განყოფილება მრავალპროფილურ კლინიკებში.
- გაიხსნა ასათიანის ს/კ ინსტიტუტი (ქავთარაძის ქუჩაზე), რომელშიც არის როგორც მწვავე, ასევე გრძელვადიანი მომსახურების განყოფილებები; ამასთან, აქვე ინტეგრირდა ფ/ნ დისპანსერები (ქალაქის და თავად ასათიანის სახ. კლინიკის<sup>8</sup>); გაიხსნა კრიზისული ინტერვენციის<sup>9</sup> დღის ცენტრი რამდენიმე საწოლით და მობილური გუნდით.
- გაიხსნა რუსთავის ფჯ ცენტრი, რომელიც გრძელვადიან მომსახურებას უწევს ფჯ აშლილობების მქონე პირთ; ასევე - ამბულატორიული მეთვალყურეობის განყოფილებით და პოტენციალით, რომ გაიხსნას კრიზისული ინტერვენციის სამსახური.

**ფაქტიურად, ამ სერვისების ამუშავება 2011 წლის ივნის-ივლისში დასრულდა.**

აღსანიშნავია, რომ ვერ მოხერხდა ე.წ. **დაცული საცხოვრისის ტიპის სერვისის** (Protected Living

<sup>7</sup> საქართველოში ბავშვთა სტაციონარული განყოფილება დაიხურა დაახლოებით 20 წლის წინ; ბავშვები სამკურნალოდ თავსდებოდნენ მოზრდილთა განყოფილებებში; ამრიგად, ეს წინგადადგმული ნაბიჯია. სამწუხაროდ, განყოფილებაში მოთავსებისას პაციენტის ასაკობრივი ზღვარი 15 წელია, თუმცა საჭიროა 15-18 წლის ასაკის პაციენტთათვის შესაბამისი სერვისის განვითარება, რადგან გარდატეხის ასაკი განსაკუთრებით სარისკოა ფსიქიკური აშლილობის პირველი ეპიზოდებისთვის.

<sup>8</sup> ამბულატორიული სერვისის რეფორმირება არ მომხდარა – აუცილებელია ამ სამსახურების ეფექტურობის ზრდა. ასათიანის ინსტიტუტში განლაგებული დისპანსერული განყოფილება, ტერიტორიის სიმცირის გამო, არადაამაკმაყოფილებელ სამუშაო პირობებშია.

<sup>9</sup> კრიზისული სერვისი, თავისი არსით, თემზე დაფუძნებული სამსახურია, რომელიც პაციენტს თავიდან აშორებს ჰოსპიტალიზაციას. ახლად გახსნილ კრიზისული ინტერვენციის ცენტრს ორი მთავარი პრობლემა აქვს: 1. განლაგებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის

Environment) შექმნა, რომელიც რეფორმის სამუშაო ჯგუფის მიერ იყო შეთავაზებული. ამ სახის სამსახურის შექმნა მნიშვნელოვნად იქნა მიჩნეული, რადგან პაციენტთა დიდი ნაწილი “ცხოვრობს” ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებსა და გრძელვადიანი მომსახურების განყოფილებებში – მათ ან არ აქვთ სახლი, ან იმდენად აქვთ შეზღუდული სოციალური უნარ-ჩვევები, რომ დამოუკიდებლად ცხოვრებას ვერ შეძლებენ, ან სახლში აღარ იღებენ ოჯახის წევრები. ორი განყოფილება, სადაც საცხოვრისები უნდა შექმნილიყო, არის რუსთავის ფუჯ ცენტრი და ასათიანის ს/კ ინსტიტუტი. საცხოვრისის განვითარების პროცესმა რეფორმის შემდგომ ეტაპზე გადაინა.

აქვე, დასამატებელია, რომ პარალელურად გარემონტდა და გაიხსნა ქ. ქუთაისის და ქ. ბათუმის (ხელვაჩაურის) გრძელვადიანი მომსახურების განყოფილებები, რომლებიც თავდაპირველად ჩაფიქრებული იყო, როგორც საცხოვრისები.

### **პერსონალის კომპეტენციის ზრდის ხელშეწყობა**

რეფორმის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას ფუჯ დარგის სპეციალისტთა ახალი ცოდნით და უნარებით აღჭურვა წარმოადგენს.

მნიშვნელოვანი ნაბიჯები ამ მიმართულებით ფონდის “გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისის (გიფ-თბილისი)” კოორდინირებით გადაიდგა. 2011 წლის მაისში გიფ-თბილისმა დაიწყო პროექტის “ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმის მხარდაჭერა საქართველოში” განხორციელება. მოცემული პროექტის მიზანია საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფუჯ) სფეროში დასაქმებული პერსონალის უნარ-შესაძლებლობების გაძლიერება-განმტკიცება პაციენტებისთვის თანამედროვე, კვალიფიციური, და ეთიკური დახმარების უზრუნველსაყოფად. პროექტით დაგეგმილი ღონისძიებებით ქ. თბილისის როგორც რეფორმირებული, ასევე “ძველი” სამსახურების პერსონალის გადამზადება იქნა უზრუნველყოფილი.

პროფესიული გადამზადების პროცესი ხორციელდება გაეროს განვითარების პროგრამის (UNDP) და რუმინეთის მთავრობის მხარდაჭერით, გიფ-სა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს (სშუსდს) შორის 2011 წლის თებერვალში დადებული თანამშრომლობის მემორანდუმის საფუძველზე.

ზემოთ ხსენებული პროექტის ფარგლებში განხორციელდა ტრენინგთა ტრენინგები (ToT) ქართველი სპეციალისტებისთვის, რაც მოწვეულმა უცხოელმა ექსპერტებმა ჩაატარეს; ამ მოსამზადებელი ეტაპის შემდეგ ქართველმა კვალიფიცირებულმა ტრენინგებმა დაიწყეს გადამზადების პროცესი, რომელიც პროექტის პირველ ფაზაზე ფოკუსირდა ქ. თბილისზე.

თუ ამ პროცესს ციფრებში გამოვსახავთ, სურათი ასეთია: 2011 მაისიდან დეკემბრამდე ჩატარდა 14 ტრენინგი ტრენინგებისთვის. ტრენინგებს ატარებდნენ ჰოლანდიელი და ლიტველი ექსპერტები, სულ 11 უცხოელი ექსპერტი. სასწავლო მოდულების თემები წინასწარ იქნა შერჩეული საერთაშორისო გამოცდილების, ახალი სერვისების საჭიროებების და პროფესიული თემის მოსაზრებების გათვალისწინებით და შეთანხმებული სშუსდს-თან.

აღნიშნულ თემებზე შეიქმნა სატრენინგო მოდულები, საათობრივად განერილი სასწავლო პროცესით, თეორიული მასალითა და პრაქტიკული სავარჯიშოებით. მომზადდა მონაწილეებისთვის დასარიგებელი დამხმარე მასალა და მათი ელექტრონული ვერსიები. ასევე, შეიქმნა მონაწილეების ცოდნის შეფასების პრე- და პოსტ-ტესტები.

---

სხვადასხვა სერვისებთან დიდ ცენტრში; 2. არ არის სადღეღამისო (24/7), არამედ აღჭურვილია მხოლოდ დღის საწოლებით და ამის გამო ნაწილობრივ სერვისის სთავაზობს კლიენტს.

პროფესიული გადამზადების 10 მოდულია:

- ა) კლინიკური ფსიქიატრია I ეტაპი – 5 დღიანი ტრენინგი
- ბ) კლინიკური ფსიქიატრია II ეტაპი – 4 დღიანი ტრენინგი
- გ) ექთნები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში – 10 დღიანი ტრენინგი
- დ) აგრესიის მართვა – 5 დღიანი ტრენინგი
- ე) ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრია – 10 დღიანი ტრენინგი
- ვ) კრიზისული ინტერვენცია – 15 დღიანი ტრენინგი
- ზ) სოციალური ფსიქიატრია – 10 დღიანი ტრენინგი
- თ) ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია – 10 დღიანი ტრენინგი
- ი) მულტიდისციპლინური გუნდი და შემთხვევის მართვა - 5 დღიანი ტრენინგი
- კ) დაცული საცხოვრისები – 15 დღიანი ტრენინგი.

2012 წლის მაისის ჩათვლით, ტრენინგები გაიარა თბილისში<sup>10</sup> არსებულმა ყველა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალმა: ფსიქიატრებმა, ექთნებმა, სოცმუშაკებმა, ფსიქოლოგებმა, ექთნის თანაშემწეებმა, არტთერაპევტებმა, ერგოთერაპევტებმა, რეაბილიტოლოგებმა. ზოგიერთი სპეციალობის წარმომადგენელს უხდებოდა რამდენიმე სხვადასხვა სახის ტრენინგის გავლა. სტატისტიკური მონაცემები გავლილი ტრენინგების შესახებ ამგვარია:

- ა) კლინიკური ფსიქიატრია – 77 ფსიქიატრი (ორი ციკლი)
- გ) ექთნები ფჯ სფეროში – 78 (ორი ციკლი)
- დ) აგრესიის მართვა – 306
- ვ) კრიზისული ინტერვენცია – 30 (სამი ციკლი)
- ზ) სოციალური ფსიქიატრია – 30 (ორი ციკლი)
- თ) ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია – 22
- ი) მულტიდისციპლინური გუნდი და შემთხვევის მართვა – 262
- კ) დაცული საცხოვრისები – 74

**სულ მომზადა 111 ტრენინგი; ქართველი ტრენინგების მიერ ჩატარებული ტრენინგი გაიარა 879 სხვადასხვა სპეციალობის პერსონალმა, რომლებიც მუშაობენ ქ.თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებებში. გადამზადებული პერსონალის საერთო რიცხვია 990 მონაწილე.**

ფაქტურად, ყველა სერვისის პერსონალი, როგორც რეფორმირებულის, ასევე არსებულის – აღიჭურვა ახალი მიდგომების ცოდნით. ამ ცოდნის გამოყენებაში ეფექტურად გადატანისთვის, მომართვის საფუძველზე, ხდება სუპერვიზია და კონსულტირება, განსაკუთრებით ისეთ საკითხებში, როგორცაა მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობა, კრიზისული დახმარება.

ამჟამად მიმდინარეობს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრების ტრენინგი-სემინარები.

ამ პროცესის განმავლობაში გამოვლინდა ისეთი პრობლემა, როგორცაა მიცემული პროფესიული უნარ-ჩვევების ყოველდღიურ სამუშაო რუტინაში გადატანა, მაგ; შემთხვევის მართვა და გუნდური მუშაობა ჯერჯერობით მხოლოდ ორ კლინიკაში ინერგება. აუცილებელია ეფექტური სუპერვიზია-მონიტორინგის მექანიზმის შემუშავება, რაც - მიწოდებული ცოდნის და უნარჩვევების საფუძველზე - უზრუნველყოფს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პრაქტიკის საგრძნობ გაუმჯობესებას.

<sup>10</sup> რამდენიმე ტრენინგში მონაწილეობა მიიღეს ქ. რუსთავის ფჯ ცენტრის თანამშრომლებმა

## პუბლიკაციები

პროექტის ფარგლებში ქართულად ითარგმნა და გამოიცა სახელმძღვანელო ექთნებისთვის, დაიბეჭდა ათივე სატრენინგო მოდული, დამხმარე ლიტერატურა მულტიდისციპლინური გუნდის და შემთხვევის მართვაში, ასევე დამხმარე მასალა სოციალურ ფსიქიატრიაში.

2012 წლის სექტემბერში გამოიცა ოქსფორდის უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის მოკლე სახელმძღვანელო ქართულ ენაზე; ნოემბერში გამოქვეყნდა ფჯ დარგში აღიარებული საორიენტაციო წიგნის - თორნიკროფტის და ტანსელას “უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა”.

ამ პუბლიკაციებით პროფესიული საზოგადოება უფასოდ აღიჭურვება დამატებითი თანამედროვე ლიტერატურით, რაც მათი კომპეტენციის ზრდის საწინდარია.

## გაიდლაინები

აღსანიშნავია, დაავადებათა მკურნალობის და მართვის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) შეფასების და განახლების პროცესი.

2006 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დაამტკიცა კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციების (გაიდლაინების) გარკვეული რაოდენობა ფსიქიატრიაში (7 ფსიქიკური აშლილობის სამართავად). ამ გაიდლაინებში მოცემულია ფსიქიკური აშლილობების კლინიკური მართვის რეკომენდაციები შემდეგი დაავადებებისათვის: შიზოფრენია და სხვა ფსიქოზური აშლილობები, აფექტური აშლილობა, დემენცია, დელირიუმი, პანიკური აშლილობა, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობები და ობსესიურ-კომპულსური აშლილობა. გაიდლაინების სტანდარტების მიხედვით, ყველა არსებული გაიდლაინი 3 წელიწადში ერთხელ საჭიროებს გადახედვას. ამ რეკომენდაციის შესაბამისად შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით, რომელიც კოორდინაციას უწევს გაიდლაინების შემუშავების პროცესს, 2011 წლის შემოდგომაზე დაიწყო ფსიქიატრიაში არსებული გაიდლაინების გადასინჯვისა და განახლების პროცესი.

თანამედროვე გაიდლაინები უნდა ასახავდეს ახალ რეალობას და გათვლილი იყოს არა მარტო სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე, არამედ ითვალისწინებდეს ფსიქიკური დაავადების მართვის ყველა რგოლს. ამასთანავე, გაიდლაინი უნდა იძლეოდეს ფსიქიატრიული მომსახურების ეკონომიკური გათვლების და ხარისხის სტანდარტების დანერგვის საშუალებას.

კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციების (გაიდლაინების) გადასინჯვის, თარგმნა-ადაპტირების და დარეგვის პროცესის წამოწყება ხარისხიანი და თანამედროვე სტანდარტებთან მიახლოებული ინტერვენციების საშუალებას მისცემს პროფესიონალებს და თავიდან აგვარიდებს სამედიცინო შეცდომებს, ზედმეტ “მედიკამენტიზაციას” და სხვ.

გაიდლაინების განახლების და ახალი გაიდლაინების შემუშავების პროცესი წარმართა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული დაავადებათა მართვის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) შემუშავების სახელმძღვანელოს მიხედვით. აღნიშნული მეთოდოლოგიის მიხედვით მომზადებული და გაანხლებული სამკურნალო რეკომენდაციები დადებითად აისახება სამედიცინო მომსახურების პროცესზე, გააუმჯობესებს კლინიკურ გამოსავლებს და ხელს შეწყობს ჯანდაცვის რესურსის ეფექტურად ხარჯვას.

მომსახურების და ინტერვენციების ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული სამუშაო პროცესის წამოწყება შესაძლებელი გახდა ფონდის “ღია საზოგადოება - საქართველოს” მხარდაჭერით. ჩატარდა კვლევა

(ექსპერტული გამოკითხვა), რომელმაც გამოავლინა საქართველოსთვის პრიორიტეტული აშლილობები; შეიქმნა 2 სამუშაო ჯგუფი (შიზოფრენიის - ძველი გაიდლაინის გადახედვა და განახლება; და დეპრესიის - ახალი გაიდლაინი); შესწავლილ იქნა საერთაშორისო დოკუმენტები; ჩამოყალიბდა კლინიკური შეკითხვები; პროცესში ჩართულ იქნა უცხოელი ექსპერტი - ბ-ნი სიმონ სურგულაძე, ლონდონის სამედიკალური სკოლის პროფესორი. ამ ეტაპზე ორივე გაიდლაინი შექმნილია, გაიარა საბოლოო ექსპერტიზა და რეცენზირების სტადია და წარდგენილია სპეციალურ სამინისტროში. ასევე, ა. წ. ოქტომბრის თვეში დაიწყო შემდეგი გაიდლაინის შექმნისთვის მომზადება - ეს ბავშვთა და მოზარდთა შორის დეპრესიის სამართავი რეკომენდაციები.

რალა თქმა უნდა, მთავარი გამოწვევა იქნება ქართული რეკომენდაციების განვითარების გაგრძელება და, ასევე, ამ კლინიკური გაიდლაინების დანერგვა პრაქტიკაში, რათა ხელი შეეწყოს მომსახურების სტანდარტების ჩამოყალიბებას და დახმარების ხარისხის გაუმჯობესებას.

### **რეფორმის მიმდინარეობა**

ამ პერიოდისთვის (2012 წლის ნოემბერი) რეფორმირებული სერვისები ქ. თბილისსა და რუსთავეში ერთ წელზე მეტი ხნისაა. სახალხო დამცველის და პრევენციის ეროვნული მექანიზმის (პემ) ექსპერტების ვიზიტებმა კვლავ მრავალი ხარვეზი და დეფიციტი გამოავლინა, რაც საგულისხმოა და გასათვალისწინებელი როგორც სერვისის მენეჯერებისთვის, ასევე სამინისტროსთვის.

ამავდროულად, რეფორმა გრძელდება. 2012 წლის სახელმწიფო პროგრამის მოცულობა გაიზარდა და პროგრამის ბიუჯეტი განისაზღვრება 11,860 ათასი ლარით<sup>11</sup>. ქვეყნის სხვადასხვა რაიონში რემონტდება და იხსნება გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება და ასევე, თემზე დაფუძნებული სერვისები (მაგ; კრიზისული ინტერვენცია; თბილისში პილოტირდება მობილური ასერტიული გუნდი).

### **ზოგადი რეკომენდაციები**

- შეიქმნას ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმის სამოქმედო გეგმა, რომელიც ფუძვლად სერვისების კომპონენტებს ერთიან სისტემაში გაამთლიანებს, გააცხადებს რეფორმის მიზნებს და პრიორიტეტებს, როლებსა და პასუხისმგებლობებს და მოგვცემს მოსალოდნელი ცვლილებების რეალურ, დროით და გეოგრაფიულ, სურათს.
- გაგრძელდეს პროფესიული კომპეტენციების ზრდის პროცესი, შესაბამისი სუპერვიზიით და მხარდაჭერით, განსაკუთრებით ქვეყნის რეგიონებში მომსახურე პერსონალისთვის;
- ტრანსფორმირდეს დისპანსერული (out-patient service) მომსახურება, რათა მიწოდებული სერვისი შეესაბამებოდეს ბენეფიციართა საჭიროებებს; დაინერგოს შინ-ზრუნვის/ბინაზე მომსახურების სერვისი;
- განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს ისეთი სამსახურების განვითარებას, როგორცაა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, დაცული საცხოვრისები (*Community residential health facility*) და სხვ.;
- გაძლიერდეს სერვისის მენეჯერთა რგოლი და ხარისხის მონიტორინგის სამსახური;
- შეფასებულ იქნას რეფორმირებული სამსახურების მიერ მიწოდებული სერვისის ხარისხი, მათ შორის:
  - ა. ფუძვლად სერვისების მომხმარებელთა უფლებების დაცვის ხარისხი და მათი კმაყოფილება;
  - ბ. დანერგილი ანაზღაურების მოდელის მიზანშეწონილობა;

<sup>11</sup> [http://www.moh.gov.ge/files/01\\_GEO/jann\\_sistema/programebi/11.04.12.pdf](http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/programebi/11.04.12.pdf)

### **სპეციფიკური რეკომენდაცია**

- განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს სახელმწიფო პროგრამის გარეშე დარჩენილ პირებს, რომელთაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მაღალი ტვირთი აღენიშნებათ. ეს განსაკუთრებით ეხებათ პატიმრებს და მსჯავრდებულებს; ასევე, ომისა და კონფლიქტის შედეგად იძულებით გადაადგილებულ პირთ. შეიქმნას შესაბამისი სახელმწიფო სტრატეგია მათი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებით უზრუნველყოფის შესახებ.

დანართები

დანართი 1

ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა 2006-2011<sup>12</sup> წლებში

კომპონენტები	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ამბულატორიული მომსახურება	1 200 000	2 000 000	2 397 442	2 597 232	2 597 232	2 833 600
სტაციონარული მომსახურება	3 750 000	4 900 000	5 882 558	6 933 780	6 933 780	7 170 200
ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია		50 000	70 100	70 100	70 100	70 100
ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა/დღის ცენტრი				100 688	151 032	145 000
ურგენტული სტაციონარული მომსახურება				45 000	45 000	45 000
ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მკურნალობა				48 000	144 000	144 000
ბავშვთა სტაციონარული მომსახურება						125 500
კრიზისული ინტერვენცია						236 100
<b>სულ</b>	<b>4 950 000</b>	<b>6 950 000</b>	<b>8 350 100</b>	<b>9 794 800</b>	<b>9 941 144</b>	<b>10 770 000</b>

<sup>12</sup> 2011 წლის პროგრამა [http://www.moh.gov.ge/files/01\\_GEO/jann\\_sistema/programebi/2011\\_DAM\\_SHESAXEB.pdf](http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/programebi/2011_DAM_SHESAXEB.pdf)

**საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პრეს-რელიზი**

05.10.2010

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს რეფორმა საქართველოში

5 ოქტომბერს 15:00 საათზე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი ანდრია ურუშაძე ჯანდაცვის სამინისტროში ფსიქიატრებს შეხვდება და მათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დაგეგმილი რეფორმის ძირითად მიმართულებებს გააცნობს.

დღეს საქართველოში 100.000-ზე მეტი ადამიანია რეგისტრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მომხმარებლად. ყოველწლიურად რამდენიმე ათას კაცზე მეტი საჭიროებს გადაუდებელ, მწვავე, სარეაბილიტაციო, ან გრძელვადიან მომსახურებას.

პირობები, რომელშიც მკურნალობენ და ცხოვრობენ ფსიქიატრიული დაწესებულებების პაციენტები, მოითხოვს გადაუდებელ ჩარევას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მათი ღირსების, უფლებებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფერისი სამკურნალო გარემო და მკურნალობა.

2004–2010 წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ფსიქიატრიული სერვისების საბიუჯეტო დაფინანსება; მომზადდა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ნაციონალური რეკომენდაციები მკურნალობის ხარისხის გასაუმჯობესებლად; სახელმწიფოს მხარდაჭერით ტარდება ექიმებისა და ექთნების სწავლება; ვითარდება თანამშრომლობა ადგილობრივ არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციებთან; ტარდება ფსიქიატრიული დაწესებულებების რეაბილიტაცია; მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა იძულებით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების საყოფაცხოვრებო პირობები.

საქართველოში დაგეგმილია ძირეული რეფორმის ჩატარება, რომლის ძირითადი მიმართულებები იქნება:

- გრძელვადიანი და სარეაბილიტაციო სერვისებისათვის თავშესაფრების მშენებლობა და აღჭურვა
- თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება, რათა ჰოსპიტალიზაციამდე და ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ყველა პაციენტს ჰქონდეს ამბულატორიულ მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა
- სამართლიანი და პაციენტზე ორიენტირებული დაფინანსების უზრუნველყოფა
- სამედიცინო კადრების – ექთნების, ექიმების, ასევე სხვა დამხმარე სპეციალისტების პროფესიული განვითარების მხარდაჭერა
- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეროვნული გაიდლაინების შემუშავება და დანერგვა
- მომხმარებელთა ორგანიზაციებისა და პაციენტების ოჯახების ჩართულობის უზრუნველყოფა მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ყველა ეტაპზე.

## ფუჯ სერვისების დეფინიციები (ინგლისურ ენაზე)

**Community residential health facility:** *A non-hospital, community-based mental health facility that provides overnight residence for people with mental ill health. Usually these facilities serve users with relatively stable mental and psychosocial disabilities not requiring intensive medical interventions.*

*Includes: Supervised housing; un-staffed group homes; group homes with some residential or visiting staff; hostels with day staff; hostels with day and night staff; hostels and homes with 24-hour nursing staff; halfway houses; therapeutic communities. Both public and private nonprofit and for-profit facilities are included. Community residential facilities for children and adolescents only and community residential facilities for other specific groups (e.g. elderly) are also included.*

*Excludes: Facilities that treat only people with a diagnosis of alcohol and substance abuse disorder or people with intellectual disabilities; residential facilities in mental hospitals; generic facilities that are important for people with mental disorders, but that are not planned with their specific needs in mind (e.g. nursing homes and rest homes for elderly people, institutions treating mainly neurological disorders, or people with physical disabilities).*

**Community-based psychiatric inpatient unit:** *A psychiatric unit that provides inpatient care for the management of mental disorders within a community-based facility. These units are usually located within general hospitals but sometimes some beds are provided as part of **Community mental health services**. They provide care to users with acute problems, and the period of stay is usually short (weeks to months).*

*Includes: Both public and private non-profit and for-profit facilities; community-based psychiatric inpatient units for children and adolescents only; community-based psychiatric inpatient units for other specific groups (e.g. elderly).*

*Excludes: Psychiatric hospitals; community residential facilities; facilities that treat only people with alcohol and substance abuse disorder or people with intellectual disabilities.*

**Crisis care:** *Crisis refers to brief, acute breakdowns in which an individual's usual coping strategies are temporarily overwhelmed. Early approaches tried to restrict crisis to disorders lasting days (typically 72 hours) but now generally stretches up to several weeks. Crisis care is characterized by the rapid provision of support (e.g. counselling, respite admission) while arousal and distress settle and more long-term care is planned. Contact is often very frequent, sometimes more than once a day.*

**Home treatment:** *Treatments (psychological, pharmacological and social) are increasingly provided in the patient's home or neighbourhood when it is safe to do so. 'Home treatment' often implies that the intervention has an acknowledged aim of diverting the patient away from hospital admission and may involve frequent contact (usually between daily and weekly).*

***Mental health day treatment facility:*** A facility that typically provides care for users during the day. The facilities are generally: (1) available to groups of users at the same time (rather than delivering services to individuals one at a time), (2) expect users to stay at the facilities beyond the periods during which they have face-to-face contact with staff (i.e. the service is not simply based on users coming for appointments with staff and then leaving immediately after the appointment) and (3) involve attendances that last half or one full day.

*Includes: Day centres; day care centres; sheltered workshops; club houses; drop-in centres; employment/rehabilitation workshops; social enterprises. Both public and private non-profit and for-profit facilities are included.*

*Excludes: Facilities that treat only people with a diagnosis of alcohol and substance abuse disorder or mental retardation without an accompanying mental disorder diagnosis; generic facilities that are important for people with mental disorders, but that are not planned with their specific needs in mind; day treatment facilities for inpatients are excluded.*

***Psychosocial interventions:*** An intervention using primarily psychological or social methods for the treatment and/or rehabilitation of a mental disorder or substantial reduction of psychosocial distress.

*Includes: Psychotherapy; counselling; activities with families; psycho-educational treatments; the provision of social support; rehabilitation activities (e.g. leisure and socializing activities, interpersonal and social skills training, occupational activities, vocational training, sheltered employment activities).*

*Excludes: Intake interviews; assessment; follow-up psychopharmacology appointments as psychosocial interventions.*

*Intervention sessions should last a minimum of 20 minutes to be counted as psychosocial. Examples of psychosocial treatments include psychotherapy, provision of social support, counselling, rehabilitation activities, interpersonal and social skills training, and psycho-educational treatments.*

***Rehabilitation services:*** Treatment and support for patients with severe, established mental health problems. Their main focus is on limiting and reducing disabilities. Increasingly they serve patients with complex illnesses who, despite best treatment, are unable to survive independently outside institutions without their intensive support.

***Residential facilities that are not health care/Social Care facilities:*** A residential facility that houses people with mental disorders but does not meet the definition for community residential facility or any other mental health facility defined for this paper (community-based psychiatric inpatient unit, community residential facility, forensic inpatient unit, mental hospital).

*Includes: Residential facilities specifically for people with intellectual disabilities, for people with substance abuse problems, or for people with dementia. Included are also residential facilities that formally are not mental health facilities but where, nevertheless, the majority of the people residing in the facilities have diagnosable mental disorders.*

**Mental health outpatient facility:** *A facility that focuses on the management of mental disorders and the clinical and social problems related to it on an outpatient basis.*

*Includes: Community mental health centres; mental health ambulatories; outpatient services for specific mental disorders or for specialized treatments; mental health outpatient departments in general hospitals; mental health polyclinics; specialized NGO clinics that have mental health staff and provide mental health outpatient care (e.g. for rape survivors or homeless people). Both public and private non-profit and for-profit facilities are included. Mental health outpatient facilities for children and adolescents only and mental health outpatient facilities for other specific groups (e.g. elderly) are also included.*

*Excludes: Private practice; facilities that treat only people with alcohol and substance abuse disorder or mental retardation without an accompanying mental disorder diagnosis.*

**Mental hospital:** *A specialized hospital-based facility that provides inpatient care and long-stay residential services for people with mental disorders. Usually these facilities are independent and standalone, although they may have some links with the rest of the health care system. The level of specialization varies considerably: in some cases only long-stay custodial services are offered, in others specialized and short-term services are also available (rehabilitation services, specialist units for children and elderly, etc.)*

*Includes: Both public and private non-profit and for-profit facilities; mental hospitals for children and adolescents only and mental hospitals for other specific groups (e.g. elderly) are also included.*

*Excludes: Community-based psychiatric inpatient units; forensic inpatient units and forensic hospitals. Facilities that treat only people with alcohol and substance abuse disorder or people with intellectual disabilities without an accompanying mental disorder diagnosis.*